

# Inscription Baseball / Softball



Si vous avez des questions, contactez le président du club, Mr BALLAND Didier, au 06.80.59.62.01 ou à l'adresse : [schlitters.epinal@gmail.com](mailto:schlitters.epinal@gmail.com)

## Licence

## Type de licence



Compétition

Loisir

Dirigeant

Baseball

Softball

Cricket

Handicap

## Coordonnées \*



Prénom : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Lieu de naissance : \_\_\_\_\_

Sexe :  Homme  Femme

Nationalité : \_\_\_\_\_

Photo d'identité

Adresse :

Rue : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_

Pays : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_

\* Une copie de la carte d'identité ou du passeport est également nécessaire.

## Médecin traitant :



Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_

Numéro RPPS : \_\_\_\_\_

Certificat médical délivré le : \* \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

\* si le participant a plus de 18 ans ou si le questionnaire état de santé préconise une visite médicale

# Inscription Baseball / Softball



## Information sur les parents / tuteurs légaux (si le participant a moins de 18 ans)



Prénom parent/tuteur : \_\_\_\_\_ Nom parent/tuteur : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Email : \_\_\_\_\_

Lieu de travail : \_\_\_\_\_

Prénom parent/tuteur : \_\_\_\_\_ Nom parent/tuteur : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Email : \_\_\_\_\_

Lieu de travail : \_\_\_\_\_

## Contact en cas d'urgence



Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_

Téléphone principal : \_\_\_\_\_ Téléphone secondaire : \_\_\_\_\_

## Taille du maillot du club



S

M

L

XL

XXL

## Droit à l'image



J'accorde au Club et ses représentants la permission de publier sur les sites officiels/Facebook toutes les photographies ou vidéos prises - de moi - du participant mineur - dans la cadre des activités du Club et ce durant la période d'adhésion, quel que soit le lieu et l'horaire.

OUI  NON

Fait à : \_\_\_\_\_

Le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Signature

# Inscription Baseball / Softball



## Autorisation du représentant légal

***A remplir impérativement pour les mineurs***

Je soussigné \_\_\_\_\_ (Mère – Père – Tuteur légal)  
autorise \_\_\_\_\_ à pratiquer les activités proposées par le Club de  
baseball / softball des SCHLITTERS d'Epinal.

J'autorise, en outre, les responsables à faire pratiquer toute intervention médicale en cas d'urgence. Je précise ci-dessous toutes autres informations qui pourraient être nécessaire dans cette situation (allergies, antécédents médicaux...) :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fait à : \_\_\_\_\_

Le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Visa des parents ou du tuteur légal

# Questionnaire relatif à l'état de santé du sportif mineur

(à conserver)

**Avertissement à destination des parents ou de la personne ayant l'autorité parentale :** Il est préférable que ce questionnaire soit complété par votre enfant, c'est à vous d'estimer à quel âge il est capable de le faire. Il est de votre responsabilité de vous assurer que le questionnaire est correctement complété et de suivre les instructions en fonction des réponses données.

**Faire du sport : c'est recommandé pour tous. En as-tu parlé avec un médecin ? T'a-t-il examiné(e) pour te conseiller ?**  
**Ce questionnaire n'est pas un contrôle. Tu réponds par OUI ou par NON, mais il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.**  
**Tu peux regarder ton carnet de santé et demander à tes parents de t'aider.**

Tu es    une fille     un garçon     Ton âge : \_\_ ans

	OUI	NON
<b>Depuis l'année dernière</b>		
Es-tu allé (e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu été opéré (e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu beaucoup maigri ou grossi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)</b>		
Te sens-tu très fatigué (e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Te sens-tu triste ou inquiet ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pleures-tu plus souvent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Aujourd'hui</b>		
Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Questions à faire remplir par tes parents</b>		
Quelqu'un dans votre famille proche a-t-il eu une maladie grave du cœur ou du cerveau, ou est-il décédé subitement avant l'âge de 50 ans ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous manqué l'examen de santé prévu à l'âge de votre enfant chez le médecin ? (Cet examen médical est prévu à l'âge de 2 ans, 3 ans, 4 ans, 5 ans, entre 8 et 9 ans, entre 11 et 13 ans et entre 15 et 16 ans.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Si tu as répondu OUI à une ou plusieurs questions, tu dois consulter un médecin pour qu'il t'examine et voit avec toi quel sport te convient. Au moment de la visite, donne-lui ce questionnaire rempli.**